

## CUESTIONARIO DE SALUD TRABAJADORES FRENTE AL COVID19

Nombre  
Apellidos  
Fecha de nacimiento  
Domicilio

- ¿Tiene fiebre o la ha tenido en los últimos 14 días (temperatura > 37º)?
- ¿Ha tenido tos o cualquier otro signo respiratorio en los últimos 14 días?
- ¿Ha tenido o tiene diarrea u otras molestias digestivas en los últimos 14 días?
- ¿Tiene o ha tenido sensación de mucho cansancio o malestar en los últimos 14 días?
- ¿Ha notado una pérdida del sentido del gusto o del olfato en los últimos 14 días?
- ¿Ha tenido en los últimos 14 días algún tipo de lesión en la piel que no hubiese tenido antes, sobre todo en los dedos de los pies y las manos?
- ¿Ha estado en contacto (laboral o social) o conviviendo con alguna persona sospechosa o confirmada de coronavirus?
- ¿Ha pasado la enfermedad del COVID-19?
- En caso de haber pasado la enfermedad, ¿sigue usted en cuarentena?

**Declaro, bajo mi responsabilidad, la veracidad de los datos proporcionados.**

**Fecha y firma:**

---

Información sobre protección de datos personales. De acuerdo con el Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y la legislación vigente en materia de protección de datos, se informa del tratamiento de los datos personales que contiene este cuestionario. Finalidad del tratamiento. Seguimiento actuaciones para garantizar el control y la seguridad de la población, en relación con el Real Decreto 464/2020, de 14 de marzo, por el cual se declara el estado de alarma para la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Responsable del tratamiento XXXXX